ÉVALUATION DES PROGRAMMES

L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales:

ÉTUDE DE CAS

Québec

8

L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales: étude de cas.

François Béland
Service Evaluation-santé
Direction Evaluation des programmes

Avril 1983.

Les soins et services à domicile (SSD) ont connu un essor remarquable depuis quelques années au Québec. D'un budget de $22 millions en 1976 les SSD disposent en 1982 d'un montant de 68.7 millions. L'étape peut-être la plus importante dans cet essor a été la formulation et l'adoption par le ministère des Affaires sociales (MAS) d'une politique de SSD qui leur a donné une nouvelle orientation, une nouvelle organisation et a proposé un plan de développement en voie de réalisation (MAS 1979). Les SSD sont aussi devenus un élément important de la politique du gouvernement du Québec envers les personnes âgées. Ils constituent un élément majeur d'un ensemble de mesures étatiques dont une politique d'emploi, de revenu et de logement s'adressant aux personnes âgées (MAS 1980).

Avant l'implantation de la politique des SSD du MAS, ces services existaient sous diverses formes au Québec. Quelques-uns d'entre eux correspondaient aux intentions ministérielles déjà exprimées dans des documents de travail et de consultation. Profitant de cet état de fait, une recherche d'évaluation de cette politique a été entreprise. Un programme de soins à domicile et deux programmes de soins et de services à domicile qui se conforment à des degrés divers aux intentions ministérielles ont été choisis. Des données recueillies auprès des trois clientèles à leur admission et six mois plus tard et auprès d'un échantillon représentatif des personnes de 65 ans et plus de chacun des trois territoires desservis par les programmes seront utilisées.

Nous chercherons à vérifier si quelques-uns des thèmes fondamentaux de la politique ministérielle des services à domicile (MAS 1979) concernant le fonctionnement des programmes sont empiriquement observés.

En utilisant un schéma quasi-expérimental, les clientèles de trois programmes différents de soins et services à domicile seront comparées. Les comparaisons impliqueront aussi les trois échantillons de population. Quatre thèmes principaux feront l'objet des comparaisons: 1) les modes de recrutement de la clientèle et la coordination des services des équipes multidisciplinaires, 2) les caractéristiques socio-démographiques, l'état des résidences, la densité des relations sociales et l'état de santé des clients, 3) la capacité de chacune des clientèles de mobiliser de l'aide de leur entourage et 4) les demandes et les désirs d'hébergement des clients.

1. La politique de services et de soins à domicile pour personnes âgées du ministère des Affaires sociales.

Les soins et services à domicile en général peuvent jouer de multiples rôles. Ils peuvent être conçus comme une extension des services hospitaliers (A.H.P.Q. 1967; Besner 1969); à ce titre, leur clientèle est avant tout médicale. Elle souffre de maladies aigues qui ont souvent nécessité une hospitalisation, ou elle est atteinte de maladies chroniques qui requièrent des soins continus. Quoique des services divers soient disponibles (Adams et Tolhurst 1969; Bodenheim Paris 1974; Cang et Clarke 1978; Katz et al 1972), ils sont distribués dans le cadre d'un programme qui s'adresse à des malades. Ces types de services sont appelés "coordonnés" lorsqu'une autorité centrale en assume la responsabilité. Mais leur conception reste médicale (A.H.P.Q. 1967; Tolkoff-Rubin 1978).

Une conception plus large utilisée en particulier en gérontologie définit les services à domicile comme des services d'aide systématique visant à permettre aux personnes âgées de trouver des moyens pour palier aux pertes de fonctionnalité qu'elles subissent, que les sources ou les effets de ces pertes soient sociales, psychologiques ou physiques (Doherty et al. 1978; Isaacs et Neville 1976). C'est ici la condition de vie des personnes âgées qui est en cause, le but des programmes étant de leur permettre de vivre dans leur milieu de vie habituel et d'éviter l'institutionnalisation (Barry 1975; Bell 1973; Berg et al. 1970; Brickner 1975; Chappel et Penning 1979; Hill 1968; M.D.E.A. 1976; Shanas 1971). Les services offerts à domicile s'élargissent donc, le but poursuivi n'est plus seulement d'améliorer ou de stabiliser l'état de santé,

mais de maintenir et d'élargir le domaine des rôles sociaux accessibles aux personnes âgées (Susser 1969) à la fois dans une perspective préventive (Morris 1969) et curative. La fonction principale des services et soins à domicile devient d'éviter la dépendance de façon générale et l'institutionnalisation en particulier, conçue comme la forme ultime de dépendance (Beattie 1967).

Si la première conception des SSD laisse percevoir une domination médicale attendue, puisque le but est la guérison de la maladie ou la stabilisation de la condition du malade, la deuxième conception exige la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires centrées sur des interventions multiples qui ont pour but de maintenir ou de réintégrer le client dans un réseau d'activités, de responsabilités et d'interactions sociales adaptées à la situation et à la volonté du client (Stewart 1979).

La politique des services et soins à domicile (SSD) du ministère des Affaires sociales du Québec s'inspire largement de la deuxième conception (MAS 1979). Les services multiples permettent aux personnes âgées de demeurer dans leur milieu de vie habituel "au moment où elles connaissent une perte d'autonomie" évitant ainsi "un recours hâtif au centre d'hébergement" (MAS 1979: 7-8). La politique des SSD se base donc sur "une philosophie de respect du milieu de vie naturel et de l'autonomie des personnes", elle vise à modifier l'axe principal de l'intervention étatique de l'institutionnalisation vers "la mobilisation des ressources de l'individu et de son milieu de vie" (MAS 1979: 13).

La politique de SSD du MAS a prévu que les SSD à caractère général seront distribués depuis un seul organisme, le CLSC (Centre local de service communautaire) lorsqu'il y en a de présent sur un territoire donné (MAS 1979: 15). Les SSD à caractère général regroupent les soins infirmiers de première ligne, les services d'aide domestique et l'aide psycho-sociale. Lors de l'élaboration de la politique de SSD, de multiples organismes dispensaient l'une ou l'autre de ces trois catégories de services. L'absence de coordination reflétait la division des tâches entre organismes en fonction d'interventions spécifiques. La multiplicité de programmes spécialisés administrés par des organismes différents produisaient "un manque de cohésion dans les critères d'admission des bénéficiaires" (MAS 1976: 6). De telle sorte que les personnes aux besoins multiples (médicaux, fonctionnels, psycho-sociaux ou sociaux) ne pouvaient être desservies par aucun des programmes existants puisqu'elles auraient dû l'être par tous. Les demandes d'hébergement en institution de la part de personnes âgées potentiellement clientes de SSD seraient donc une conséquence d'un manque de services adéquats à leur domicile (MAS 1979: 8, 12).

2. Les hypothèses d'analyse et le plan d'enquête.

a) Les données

Des données ont été recueillies auprès d'échantillons représentatifs des populations des territoires desservis par trois programmes et de leurs clientèles respectives dans le cadre d'une évaluation de la politique de SSD du MAS (Béland 1980). Trois types de programmes ont été choisis pour examen: l'un d'entre eux correspond étroitement aux intentions ministérielles quoiqu'il fut mis sur pied avant la publica-

tion et l'implantation de la politique du MAS relative aux SSD. Il comporte des services d'auxiliaires familiales et d'infirmières, avec recours possibles aux services de travailleurs sociaux. Ces services sont partie intégrante d'un Centre local de services communautaires. Il sera dénommé, programme socio-médical a (PSMa) dans le reste du texte. Le deuxième programme est exclusivement médical, les clients devant être référés par un médecin et requérir une prescription médicale. Des services auxiliaires sont cependant disponibles. Le statut juridique de ce SSD de type médical s'est transformé en cours d'enquête. De source autonome, il a été intégré à un Département de santé communautaire (DSC). Le personnel en entier y a cependant été transféré, le programme ne changeant pas de nature en cours d'enquête (programme médical - PM). Enfin un troisième type de SSD a été inclus pour fins d'analyse, il était intégré à un programme général de réinsertion sociale pour personnes âgées. Il offre à la fois des services infirmiers, d'aide ménager et d'aide psycho-sociale qui inclut aussi bien une intervention individuelle que des efforts de réintégration des clients dans un réseau d'interaction sociale qui a pour centre le programme d'intégration sociale. Il est rattaché administrativement à un CLSC de l'Ile de Montréal et sera dénommé programme socio-médical b (PSMb).

Le programme médical représente le type d'intervention à domicile qui n'admet des clients que sur prescription médicale. Le personnel d'intervention ne comporte que des infirmières. Les services d'auxiliaires familiales sont assurés par d'autres organismes (centre de services sociaux et centre de bénévolat par exemple). Les deux programmes socio-médicaux présentent un deuxième type d'intervention

à domicile à des degrés divers. En fait, le programme socio-médical a (PSMa) peut être compris comme un service mixte où les deux composantes sociale et médicale des SSD sont assumées par deux sections administratives d'un même CLSC. La proximité des deux services et leur localisation dans un même organisme devraient permettre une coordination des activités. Cependant, chacun des secteurs administratifs peut maintenir une clientèle propre. Le programme socio-médical b (PSMb) est plus complexe. Il peut être conçu comme un seul des éléments d'intervention auprès des personnes âgées d'un territoire. Les services disponibles, les types d'aide apportée et les actions entreprises à domicile sont susceptibles d'être plus diversifiés que ceux observés au programme socio-médical "a".

b) Les hypothèses.

Ces trois programmes desservent-ils des clientèles aux caractéristiques et aux demandes de services semblables ou bien recrutent-ils des clientèles différentes qui correspondent aux unités de services disponibles? Le premier cas implique clairement pour le MAS (1979) que si les clientèles se ressemblent, le fait d'être desservies par des SSD de type communautaire ou mixte plutôt que strictement médical devrait abaisser les désirs d'institutionnalisation des clients par rapport à ceux des SSD de type médical, à moins que les clients de ces derniers reçoivent de l'aide de sources inaccessibles aux clients des premiers. Par contre, les clientèles peuvent différer. L'hypothèse serait alors que les clientèles sont recrutées par les programmes en fonction des services qu'ils offrent. Le programme socio-médical b aurait une clientèle socialement et psychologiquement défavorisée, le programme médical, une clientèle médicalement atteinte et le programme socio-médical a, une clientèle mixte.

Une autre comparaison est à l'étude: quelle est l'évolution de la situation de chacune des clientèles sur une période de six mois? Que les clientèles se ressemblent ou soient différentes au départ, les services qui leur sont disponibles diffèrent considérablement. Quel est l'impact de ces différents services? Quelle est leur capacité respective de susciter la mobilisation d'agents de support communautaire? Est-ce que l'isolement social des clientèles est modifié? L'intégration dans des réseaux de relations familiales ou amicales est-elle supérieure après six mois d'intervention des services à domicile? Enfin, et de façon cruciale, les services à domicile qui se conforment à la politique ministérielle ont-ils plus d'effet sur la réduction des désirs d'hébergement qu'un programme qui ne comporte qu'un volet médical, étant donné l'état initial de leurs clientèles?

Une troisième comparaison s'impose. Puisque les échantillons de population d'où sont issues les clientèles comprennent des personnes qui ne reçoivent pas de services à domicile mais qui vivent la même situation que les clients des SSD, comment ces personnes se débrouillent-elles? Quelles ressources mobilisent-elles pour remplacer celles des SSD absentes? Leur stratégie contient peut-être des enseignements pour une action gouvernementale plus efficace auprès des personnes âgées.

Les comparaisons entre programmes sont établies à partir de trois échantillons de clients représentant la clientèle des trois programmes mentionnés précédemment. Les clients ont été sélectionnés

pendant une période de neuf mois, suffisante pour obtenir un échantillon d'environ cent clients de chaque programme. Les clients ont été interviewés à leur domicile une à deux semaines après leur admission aux programmes et six mois plus tard. Les thèmes d'observation permettent de comparer les clientèles quant à leurs sources de référence aux programmes, aux services qui leur sont prescrits, à leurs caractéristiques sociales, psychologiques et physiques susceptibles de varier selon la nature des programmes, et leurs désirs d'hébergement en institution. Les résultats présentés ici ne visent qu'à établir des différences ou ressemblances significatives dans le temps et dans l'espace entre les clientèles et les populations, et de vérifier de la sorte quelques hypothèses à la base de l'élaboration de la politique des SSD du MAS.

La signification des comparaisons a été établie selon la statistique G^2 distribuée comme χ^2. Les détails techniques de la procédure ont été regroupés en appendice. Les tableaux ont été présentés sous la forme la plus simple possible. La signification des différences ou des ressemblances peut être rapidement établie à leur lecture.

3. Différences entre les clientèles à l'admission.

Pour juger du caractère multidisciplinaire, coordonné et ouvert des programmes de SSD, deux critères sont employés: 1) les sources de références des clients et 2) les services qui leur sont prescrits à l'admission. Au programme médical (PM) 97 des 99 clients ont été référés soit par un hôpital soit par un médecin. Le caractère mixte du programme socio-médical à (PSMa) ou du moins l'importance relative de son sec-

teur médical est révélé par le nombre de références médicales (47 sur 102 clients). Les références médicales ne comptent que pour 14 des 114 clients au programme socio-médical b (PSMb). De 14 à 18% des cas des programmes socio-médicaux ont été référés par leur parenté. De façon générale, les références non-institutionnelles sont fréquentes dans ces deux programmes. Ils apparaissent donc plus ouverts que le programme médical.

La politique de SSD du MAS insiste sur le caractère multi-sectoriel et coordonné nécessaire à l'efficacité des SSD généraux. En principe, les programmes socio-médicaux seraient donc en mesure d'offrir à leur clientèle des services d'aide psycho-sociale et domestique et de soins infirmiers de façon coordonnée, tandis que le programme médical limite ses activités aux soins infirmiers. Or, au PSMa seulement 7 clients sur 102 se voient prescrire à la fois des services d'aide domestique et de soins infirmiers, tandis que 69 clients ne recevront que des soins infirmiers et 25 clients que de l'aide domestique. Au PSMb, 18 clients reçoivent plus d'un type de service; 57 clients ne reçoivent que des soins infirmiers, 22 de l'aide domestique et 15 de l'aide psycho-sociale seulement (tableau 1). Il est donc permis de croire que des services variés administrés sous une coordination centrale ne se traduisent pas nécessairement par des interventions multidisciplinaires puisqu'une faible partie des clients se voient prescrire plus d'un type de services. Cette spécialisation des services peut correspondre à l'état réel des besoins des clients.

Tableau 1. Types de services prescrits à l'entrée au programme.

Services reçus	PSMa	PM	PSMb
Infirmiers médicaux seulement	60	95	54
Services d'auxiliaires familiales seulement	35	0	10
Services psycho-sociaux seulement	0	0	17
Services infirmiers et d'auxiliaires familiales	10	0	5
Services infirmiers et psycho-sociaux	0	0	8
Services d'auxiliaires familiales et psycho-sociaux	0	0	2
Tous les services	1	0	6

Est-ce que les programmes recrutent des clientèles semblables ou différentes? Sur les cinquante caractéristiques de clientèles retenues pour étude, les différences entre la clientèle des programmes à composantes sociales et médicales se remarquent dans trois cas. Par ailleurs, le modèle mixte (PSMa) diffère des autres programmes dans neuf cas sur cinquante. En général, les clients des trois programmes se ressemblent quant: 1) aux caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques, 2) au logement, 3) à l'intégration sociale, 4) à l'utilisation des soins médicaux sauf l'hospitalisation, 5) à l'aide distribuée par les différents agents sociaux et 6) aux demandes et désirs d'hébergement (tableau 2). Les clients des trois programmes diffèrent sur deux secteurs d'observation: 1) la santé physique, l'incapacité fonctionnelle et le bien-être psychologique et 2) l'hospitalisation. Les différences quant à l'incapacité fonctionnelle et au bien-être psychologique opposent plutôt le modèle mixte (PSMa) au modèle social (PSMb) et au modèle médical. Les trois modèles de programmes s'opposent quant à l'hospitalisation. Le nombre de jours total d'hospitalisation au cours des six mois précédant l'interview est plus élevé au PSMa, suit par ordre décroissant le PM et le PSMb.

Evidemment, les clientèles des programmes socio-médicaux reçoivent plus d'aide pour faire le ménage que celle du programme médical puisqu'il s'agit là d'une des tâches des auxiliaires familiales (tableau non-inclus).

Tableau 2. Comparaison de trois clientèles à leur admission.

Caractéristiques	χ^2	d.l.	différences significatives entre clientèles
1. Age	17.54	12	non
2. Sexe	4.45	4	non
3. Etat civil	12.24	8	non
4. Scolarité	10.91	14	non
5. Occupation	20.31	15	non
6. Revenu	3.04	4	(1)
7. Type de résidence habitée	10.85	7	non
8. Statut dans la résidence	8.87	5	non
9. Cohabitation	7.36	4	non
10. Etat de résidence	6.45	4	(2)
11. Fonctionnalité du logement	5.40	3	non
12. Nombre d'années d'habitation dans le quartier	14.46	9	non
13. Temps de transport chez le plus proche parent	11.04	8	non
14. Nombre d'enfants vivants	16.57	12	non
15. Fréquences des visites de la parenté	11.91	6	non
16. Moment de la connaissance du plus vieil ami actuel	7.20	6	non
17. Présence d'amis dans la même ville	1.86	2	non
18. Membre d'un groupe d'amis	.12	2	(2)
19. Présence d'amis intimes	3.08	3	non
20. Membre d'une organisation	9.39	4	non
21. Estimation subjective de la santé	5.27	6	oui
22. Nombre de maladies chroniques	14.28	12	(3)
23. Bien-être psychologique	.61	2	(2)
24. Incapacité de se lever du lit	3.36	4	non
25. Incapacité de se nourrir	6.19	4	non
26. Incapacité de s'habiller	2.51	4	non
27. Incapacité de préparer les repas	4.30	2	non
28. Incapacité de faire le ménage	.09	1	(2)
29. Incapacité de sortir du domicile	2.47	3	(2)
30. Incapacité d'utiliser un moyen de transport	.26	1	(2)
31. Temps écoulé depuis la dernière visite médicale	11.36	6	non
32. Nombre de visites chez le médecin	15.81	10	non
33. Nombre de médicaments prescrits consommés par jour	7.83	10	non
34. Consommation de médicaments non-prescrits	3.83	4	non
35. Nombre de jours d'hospitalisation	8.57	6	oui
36. Responsabilité du ménage	.53	3	non
37. Responsabilité du lavage des planchers et des murs	8.37	4	non
38. Responsabilité de la préparation des repas	2.17	4	non
39. Responsabilité de l'épicerie	10.59	8	non
40. Aide apportée par les enfants	.48	2	non
41. Aide apportée par les parents	2.87	2	non
42. Aide apportée par les amis	7.99	4	non
43. Aide apportée par les bénévoles	9.41	2	non
44. Disponibilité d'un parent non-résidant en cas d'urgence	3.00	4	non
45. Disponibilité d'un voisin en cas d'urgence	8.81	4	non
46. Disponibilité d'un résident en cas d'urgence	3.09	2	non
47. Type de cohabitation préféré	7.48	6	(2)
48. Demande d'hébergement	10.11	8	non
49. Désire habiter en conciergerie pour personnes âgées	1.35	3	(4)
50. Désire habiter en centre d'accueil	8.97	5	non

(1) Les clientèles du PSMa et du PH se ressemblent
(2) Les clientèles du PH et du PSMb se ressemblent
(3) La clientèle du PSMb ressemble à l'échantillon de population de ce territoire. Ailleurs seuls les deux extrêmes des distributions de maladies chroniques diffèrent.
(4) Les clientèles du PSMa et du PSMb se ressemblent

Les secteurs d'observation où les programmes diffèrent concernent la santé et l'utilisation de la ressource la plus lourde du système de soins médicaux, l'hôpital. Peu de différences sont apparues aux secteurs d'observation sociaux et psycho-sociaux. Lorsque mesurée par le produit-croisé, la valeur des différences entre programmes quant aux domaines de la santé et de l'hospitalisation opposent moins le modèle médical aux deux autres, que le PSMa au PM et au PSMb (Tableau non-inclus).

Deux dimensions permettent donc de classifier les trois programmes de SSD: une dimension sociale et psycho-sociale et une dimension médicale. La dimension sociale et psycho-sociale ne permet pas d'observer des différences entre les clientèles des programmes, tandis que la clientèle du PSMb est en meilleure santé que celles du PM et du PSMa.

Quelques autres points méritent d'être soulignés. De façon générale, les clientèles à l'admission aux programmes SSD sont plus défavorisées à la fois sur le plan social et médical que les échantillons de population (Tableau non-inclus). Elles sont plus souvent seules à la maison, plus isolées de leurs enfants et amis, souffrent de plus de maladies et d'incapacités fonctionnelles. Par ailleurs, les clientèles reçoivent plus d'aide que les échantillons de population de la part de leurs proches et de la communauté: l'aide provient soit de résidents du domicile qui assument la responsabilité de l'exécution

de certaines tâches, soit de la part de leurs enfants ou parents qui résident à l'extérieur du domicile, soit de la part d'amis et de voisins.

En résumé, les programmes diffèrent entre eux quant aux sources de référence de leurs clients et quant au type de services rendus. Mais les services offerts ne sont pas multidisciplinaires, tandis que les clientèles des trois programmes partagent plus de traits communs que de différences marquées.

4. Evolution de la situation des clientèles.

a. Problèmes d'analyse.

La deuxième question à laquelle l'évaluation des services à domicile voulait répondre concerne leur capacité directe ou indirecte de modifier la situation de leur clientèle après un certain temps. Une période arbitraire de six mois entre l'admission et le moment de la deuxième interview a été choisie. Un peu courte à l'égard de la période de deux ans observée par Katz et al (1972), il apparaîtra à la lecture de nos résultats que peu d'individus reçoivent des services et des soins à domicile pendant une période excédant douze semaines. En fait, les programmes sélectionnés pour étude ont tendance à offrir des services de courte durée. En conséquence, la période de six mois choisie est donc suffisante pour mesurer l'impact des programmes de services et soins à domicile.

Le seul programme qui distribue à une partie de sa clientèle des services infirmiers ou d'aide domestique avec régularité au-delà d'une période de 12 semaines est celui du PSMa. Au PSMb seuls 4 cas reçoivent des services infirmiers pendant plus de 12 semaines et 9 cas reçoivent des services d'auxiliaires familiales pendant au moins cette période. La plupart des interviewés ne reçoivent plus de services sur une base continue au moment de la deuxième cueillette des données, soit six mois après l'entrée au programme SSD. Le problème de l'attribution aux différents programmes des changements observés se pose. En fait, seule l'observation de corrélation entre programmes et état de la clientèle, souvent ancienne, pourra être légitime. De multiples autres facteurs, non étudiés, peuvent intervenir. Des processus sociaux, psychologiques et médicaux de divers ordres dans chacun de ces programmes peuvent aussi expliquer les différences observées dans les états finaux des clientèles respectives. A la limite l'étude entreprise ne permet donc que d'indiquer l'existence possible de processus différents dans les programmes qui s'adressent à des clientèles de trois territoires urbains éloignés les uns des autres. Le problème ultime de l'analyse est celui du lien qui existerait entre ces processus sociaux, psychologiques et médicaux et chacun des programmes en question. Il nous suffit à ce stade-ci de l'analyse d'identifier les différences immédiates entre les clientèles des trois programmes dans l'évolution de leur situation entre deux moments d'observation.

La clientèle qui a obtenu des services et soins à domicile pendant moins de douze semaines pose un problème particulier dans la me-

sure où une période de temps d'au moins trois mois s'est écoulée entre le moment où le dernier service a été reçu et l'interview. Cependant, de deux choses l'une. Ou bien il n'y a pas eu changement (ou changement négatif) entre l'admission et l'interview du temps 2 et il serait alors inexplicable que le client ait été, soit libéré, soit non réadmis au programme; ou bien il y a eu changement positif et cette nouvelle situation est restée stable, de la libération au moment de la seconde interview. Dans l'un et l'autre cas, l'étude de l'évolution de la situation de ces anciens clients de chacun des programmes est instructive.

Reste que la petite proportion de personnes desservies à long terme qui reçoit des services nombreux est un indicateur 1) soit du type de clientèles recrutées par les services à domicile: elle n'a pas les caractéristiques de la clientèle prévues par la politique du MAS puisqu'elle ne requiert que des services à court terme; 2) soit du type de besoins auxquels peut répondre, de fait, un programme de services à domicile.

b. Les cas manquants.

Au premier moment de la cueillette des données seuls deux questionnaires n'ont été que partiellement complétés; au deuxième moment, 96 cas sont manquants. Il y eut au total 5 refus de répondre, 31 interviews n'ont pas été menés à cause de l'absence répétée de l'interviewé à son domicile, 20 individus n'ont pu être localisés et 34 étaient décédés. Au PSMb cependant, 12,3% des individus sont non-localisés, une proportion plus élevée qu'ailleurs; au PSMa 13,8% des clients sont décédés six mois après la première entrevue, contre 8,8% au PSMb et près de 10% au PM.

Les questionnaires complétés au premier moment d'observation sont cependant disponibles pour les cas manquants du deuxième moment de la cueillette de données. Une étude des différences à l'entrée au programme entre les répondants et les non-répondants est donc possible. En excluant les refus de répondre qui ne présentent que 5 cas et en considérant que les trois échantillons proviennent d'une même population pour obtenir un nombre de cas assez élevé, une étude comparative des caractéristiques des répondants absents, des non-localisés et des décédés a été effectuée sur les principales dimensions utilisées pour mesurer le changement du temps 1 au temps 2.

Les personnes absentes ressemblent à celles qui ont répondu au questionnaire du temps 2. Les biais attribuables aux non-réponses, proviendraient des non-localisés et des décédés. Les premiers ont une plus mauvaise santé que les répondants et désirent plus fréquemment qu'eux être hébergés en institution, les deuxièmes ont aussi une plus mauvaise santé que les répondants, mais reçoivent plus de support actif à domicile de la part d'un résident et n'expriment pas de désirs d'hébergement. Il est difficile d'estimer les effets de l'absence des non-localisés et des décédés dans l'analyse qui va suivre. Reste que les non-localisés à cause de leur mauvaise santé et de leurs désirs d'hébergement semblent être la clientèle-type visée par le ministère des Affaires sociales dans sa politique des services à domicile; or, il s'agit précisément de celle qui s'échappe. Quant aux décédés, on ne peut que souligner l'apport des proches dans la tâche de soutien quotidien. Il semble donc que ceux qui vivent à domicile malgré leur mauvaise santé y trouvent un milieu et un climat propices, milieu ayant déjà ces caractéristiques avant que leur état n'ait commencé à se dégrader.

Le rôle des services à domicile pourrait donc viser à combler des manques de compétence dans les soins qui sont donnés à ces personnes et à soutenir un réseau de support déjà actif.

c. Analyse des différences inter-programmes dans l'évolution de l'état des clientèles.

A l'admission aux programmes socio-médicaux peu de clients se voyaient prescrire des services multiples. Une grande spécialisation existait. Au cours de la période de six mois d'observation, des changements auraient pu avoir lieu. Les infirmières et les auxiliaires familiales sont des personnes privilégiées pour identifier l'évolution de la situation des clients et recommander l'addition de services. Le tableau 3 indique que la spécialisation remarquée au premier temps de cueillette demeure essentiellement au deuxième temps de cueillette. Donc, si d'une part la clientèle desservie reçoit des services à court terme, elle demeure relativement compartimentée quant au type de services reçus.

Tableau 3. Types de services reçus au cours de la période de prise en charge.

Services reçus	PSMa	PM	PSMb
Infirmiers et médicaux seulement	59	75	38
Services d'auxiliaires familiales seulement	29	0	10
Services pshcho-sociaux seulement	0	0	12
Services infirmiers et d'auxiliaires familiales	10	0	6
Services infirmiers et psychosociaux	0	0	5
Services d'auxiliaires familiales et psycho-sociaux	0	0	2
Tous les services	0	0	6

Pour l'analyse des différences inter-programmes dans l'évolution de l'état des clientèles, quatre groupes de comparaison ont été constitués. Les clientèles du PM et du PSMb constituent chacune un de ces groupes. Celle du PSMa a été dichotomisée selon la durée des services, soit celle qui reçoit moins de 12 semaines de services et celle qui en reçoit pendant 12 semaines et plus. La distinction entre soins et services à domicile à court et à long terme ne peut se faire qu'au PSMa.

L'évolution des quatre groupes de clientèles est différente pour six des trente-six caractéristiques étudiées au Tableau 4. Quatre de ces différences concernent le domaine de la santé (cf. tableau 4, variables 8, 14, 15, 16). La santé de la clientèle du programme médical se dégrade plus rapidement que celle des deux autres programmes. Cependant, l'évolution de la situation des clientèles est semblable dans les domaines de l'interaction sociale, de la consommation de services médicaux, de l'aide reçue (sauf en deux occasions) et les demandes d'hébergement.

Quelques tendances générales sont intéressantes en soi. Les clients des trois programmes ont tendance à se rapprocher d'un membre de leur parenté et les fréquences des visites des parents et enfants augmentent. Si les clients maintiennent des contacts constants avec des amis, plusieurs perdent toutefois leur ami intime, alors que les rapports avec les amis intimes sont un des éléments les plus importants pour le maintien du moral des personnes âgées (Morriwaki 1973).

Tableau 4. Comparaison de l'évolution des trois clientèles.

	G^2	d.l.	Evolution différente des situations selon les clientèles.
1. Temps de transport chez le plus proche parent.	31.11	26	non
2. Fréquances des visites de la parenté	10.50	18	non
3. Présence d'amis dans la ville	6.78	7	non
4. Membre d'un groupe d'amis	1.43	7	non
5. Présence d'amis intimes	3.25	6	non
6. Membre d'une organisation	4.24	7	non
7. Estimation subjective de la santé	26.88	18	non
8. Nombre de maladies chroniques	14.44	8	oui
9. Bien-être psychologique	29.79	26	non
10. Incapacité de se lever du lit	7.78	7	non
11. Incapacité de se nourrir	3.65	8	non
12. Incapacité de s'habiller	12.29	7	non
13. Incapacité de préparer les repas	6.80	4	non
14. Incapacité de faire le ménage	9.15	8	oui
15. Incapacité de sortir du domicile	11.63	9	oui
16. Incapacité d'utiliser un moyen de transport	4.20	8	oui
17. Temps écoulé depuis la dernière visite médicale	37.71	28	non
18. Nombre de médicaments prescrits consommés par jour	27.53	23	non
19. Consommation de médicaments non-prescrits	7.55	7	non
20. Nombre de jours d'hospitalisation	11.21	18	non
21. Responsabilité du ménage	29.60	23	non
22. Responsabilité du lavage des planchers et des murs	33.70	23	non
23. Responsabilité de la préparation des repas	22.72	22	non
24. Responsabilité de l'épicerie	29.51	29	non
25. Aide apportée par les enfants	9.19	4	oui
26. Aide apportée par les parents	4.23	7	non
27. Aide apportée par les amis	9.56	7	non
28. Aide apportée par les bénévoles	18.30	10	non
29. Disponibilité d'un parent non-résident en cas d'urgence	9.83	10	non
30. Disponibilité d'un voisin en cas d'urgence	13.41	10	non
31. Disponibilité d'un résident en cas d'urgence	14.17	18	oui
32. Type de cohabitation	29.03	20	non
33. Demande d'hébergement	8.91	7	non
34. Désire habiter en conciergerie pour personnes âgées	13.88	10	non
35. Désire habiter en centre d'accueil	29.06	23	non

Le nombre et la fréquence des visites médicales et de l'hospitalisation décroissent dans la période de six mois dans tous les programmes. Par contre, la consommation de médicaments prescrits ou non prescrits reste stable. L'aide sous toutes ses formes tend à augmenter ou à rester stable, sauf celle fournie par les enfants qui diminue partout sauf au PSMa. Enfin, les désirs d'hébergement sont essentiellement stables.

5. Comparaison des clientèles aux populations à risque.

Le troisième thème d'analyse cherche à préciser la spécificité de chacune des clientèles vis-à-vis une population qui est exposée au même risque d'institutionnalisation. Dans quelle mesure est-ce que la population à risque peut recourir aux ressources de son environnement? Les SSD représenteraient alors pour les clientèles une substitution de l'aide familiale et communautaire par l'aide gouvernementale.

Les personnes susceptibles de recevoir des services à domicile, dans l'esprit de la politique des services à domicile du MAS, vivent une situation qui augmente le risque d'une perte d'autonomie et de bien-être psychologique et aggrave leur état de santé. Ces personnes à risque habitent seules, sont déjà incapables ou éprouvent de la difficulté à accomplir une tâche nécessaire à l'entretien de leur demeure et souffrent de maladies chroniques.

En utilisant ces trois critères, une échelle de risque peut être créée. Concrètement, le fait de vivre seul, d'être incapable de faire le ménage et d'être atteint de quatre maladies chroniques ou plus opérationnalise chacun des trois critères. Le nombre de personnes qui répondent à aucun, à un seul, à deux ou à trois critères simultanément forment une distribution de personnes à risque de requérir des services à domicile. En théorie du moins, les clients des services à domicile devraient plus fréquemment que les membres des échantillons des populations non-institutionnalisées des trois territoires observés, se retrouver parmi les personnes qui sont soumises à un ou à plusieurs de ces risques. Par ailleurs, certains des individus des échantillons de population qui sont exposés à ces risques ne recevront pas de services à domicile de la part d'agences gouvernementales. Certains éléments de leur situation leur permettent peut-être de ne pas recourir à des services gouvernementaux.

Ces éléments sont d'intérêt fondamental pour le développement de la politique des services à domicile du MAS. Premièrement, ils permettent de caractériser la situation de la clientèle des services à domicile par rapport à celle des personnes qui n'en reçoivent pas malgré des éléments de risque identiques. Deuxièmement, les éléments des stratégies de recherche d'aide et de support des personnes âgées exposées à certains risques mais qui ne sollicitent pas d'aide d'agences gouvernementales, peuvent être mis en évidence.

La clientèle du temps 1 a ici été sélectionnée pour étude. Les différences entre les situations qui mènent à l'utilisation ou non des services à domicile seront donc estimées.

Pour les bénéfices de l'analyse, les clientèles et les populations ont été regroupées selon le nombre de facteurs de risque auxquels elles sont soumises (tableau 5). Les clients du PSMa ont une probabilité plus grande que la population à risque d'être dans les classes de facteurs de risque nombreux. Pour les deux autres programmes, cette probabilité est moins importante. Les personnes qui subissent l'effet d'au moins un facteur de risque seront choisies pour l'analyse.

Tableau 5. Distribution dans les clientèles et les populations selon trois facteurs de risque choisis.

	Nombre de facteurs de risque			
	Aucun	Une seule	Deux	Trois
Echantillons de clientèles				
PSMa	0	33	50	16
PM	22	50	22	4
PSMb	32	55	23	3
Echantillons de population Territoire de desserte du:				
PSMa	199	107	34	10
PM	195	147	47	6
PSMb	178	139	20	6

Pour obtenir des situations aussi homogènes que possible, une pondération a été appliquée aux échantillons de population à risque. Ces distributions pondérées seront équivalentes aux distributions nettes des facteurs de risque dans les clientèles, en excluant la catégorie des personnes sans facteur de risque. Cette opération évitera d'accorder aux clients affectés de plusieurs facteurs de risque une importance démesurée dans l'observation de recours d'aide extra-gouvernementale. Par ailleurs, les totaux de cas observés ne sont pas modifiés par la pondération. Le test G^2, étant sensible au nombre de cas observés, ne sera pas affecté par ce facteur.

Deux questions sont posées: 1) est-ce que les populations à risque possèdent les caractéristiques différentes des clientèles? et 2) est-ce que le réseau de support et d'aide des premières est plus dense que celui des secondes, indiquant une capacité supérieure de mobiliser les ressources familiales et communautaires?

Les clientèles sont constituées de personnes plus âgées que les populations à risque. La scolarité est plus élevée chez les clientèles. Le prestige de l'occupation avant la retraite est le même, tandis que la situation varie selon les territoires pour les revenus. Quant au logement, plus de clients que de personnes à risque des populations possèdent une maison unifamiliale, tandis que leur habitation est plus confortable.

Les différences entre les deux types d'échantillons sont systématiques pour ce qui est des variables de santé: l'estimation subjective de la santé, le bien-être psychologique et les capacités fonctionnelles sont moins bons chez les clientèles que chez les populations à risque.

Des différences importantes entre clientèles et populations à risque se remarquent dans le réseau d'aide et de support. Les clients ont un réseau d'interaction personnelle moins actif que les populations à risque, avec un repliement sur les contacts avec la famille au PSMa. En ce qui concerne l'aide cependant, les clientèles mobilisent autant les agents familiaux et communautaires d'aide que les populations à risque. Chez les clientèles on observe que les services médicaux ont été consultés plus fréquemment une semaine ou moins avant l'interview et l'hospitalisation y est plus probable. Les agents extérieurs au domicile du client sont aussi souvent sollicités que dans les populations à risque. Mais chez ces derniers, les personnes résidentes au domicile même de l'interviewé sont plus souvent appelées à assumer la responsabilité des tâches domestiques.

Les éléments d'aide et de support des clients semblent donc être situés surtout à l'extérieur du domicile; ils sont multiples, la stratégie employée semble chercher à les accroître; dans ce contexte, les soins et services gouvernementaux ne sont qu'un seul des éléments auxquels ont recours ces personnes. Les populations à risque par contre disposent d'aide à l'intérieur de leur domicile même, tandis qu'elles conservent un réseau d'interaction personnelle actif à l'extérieur du domicile. Des études précédentes ont montré que seule l'aide disponible à l'intérieur du domicile prévient l'hébergement (Béland 1981). Elle est apportée par des personnes familières et présentent une certaine stabilité. Ces caractéristiques sont absentes de l'aide apportée par des agents qui n'habitent pas le domicile.

Les clients ont déposé plus fréquemment que les populations à risque des demandes d'hébergement auprès d'établissements spécialisés. Les clients des programmes socio-médicaux désirent plus fréquemment que les populations à risque demeurer en conciergerie pour personnes âgées. Les désirs d'habiter en centre d'accueil sont les mêmes pour les clientèles et les populations à risque.

Si les clientèles semblent bien posséder des caractéristiques qui les distinguent des populations à risque, les services jouent-ils un rôle central pour eux? Il est permis d'en douter étant donné la fréquence et la durée des services. Le nombre important d'anciens clients qui réussissent à se décharger de la responsabilité des tâches domestiques, malgré l'absence de SSD gouvernementaux, indique bien que les agents familiaux et communautaires sont les principaux intervenants auprès des personnes âgées.

6. Les principaux résultats de notre étude.

Nos résultats ne vont pas au-delà de ceux de Katz et al (1972), de Neilson et al (1972) et de Weissert et al (1980). Ces études ont montré à des degrés divers que les services et soins à domicile ont peu d'effets significatifs sur les taux de mortalité, sur le bien-être psychologique ou sur l'institutionnalisation.

Ici, les désirs d'hébergement en centre d'accueil ou en conciergerie protégée ne varient pas entre les clientèles des trois programmes analysés. Qui plus est, ces désirs augmentent ou sont stables dans

Tableau 6. Différences entre les clientèles et les populations à risque.

Caractéristiques	G^2	d.l.	Différences entre les clientèles et les populations à risque.
1. Age	.00	0	oui
2. Sexe	6.00	5	non
3. Etat civil	17.77	10	non
4. Scolarité	.85	2	oui
5. Occupation	3.02	6	non
6. Revenu	.00	0	oui
7. Type de résidence habitée	8.05	3	oui
8. Statut dans la résidence	.00	0	oui
9. Cohabitation	.00	0	oui
10. Etat de la résidence	.72	4	oui
11. Nombre d'années d'habitation dans le quartier	3.36	2	oui
12. Temps de transport chez le plus proche parent	9.65	4	oui
13. Nombre d'enfants vivants	15.39	10	non
14. Fréquences des visites de la parenté	14.97	8	oui
15. Moment de la connaissance du plus vieil ami actuel	2.99	3	non
16. Présence d'amis dans la même ville	2.49	2	oui
17. Membre d'un groupe d'amis	.00	0	oui
18. Présence d'amis intimes	.86	3	non
19. Membre d'une organisation	.00	0	oui
20. Estimation subjective de la santé	.00	0	oui
21. Bien-être psychologique	5.98	4	oui
22. Incapacité de préparer les repas	.00	0	oui
23. Incapacité de sortir du domicile	.64	2	oui
24. Incapacité d'utiliser un moyen de transport	3.98	2	oui
25. Temps écoulé depuis la dernière visite médicale	12.76	8	oui
26. Nombre de visites chez le médecin	3.82	4	oui
27. Nombre de médicaments prescrits consommés par jour	5.29	4	oui
28. Consommation de médicaments non-prescrits	6.83	4	oui
29. Nombre de jours d'hospitalisation	.00	0	oui
30. Responsabilité du ménage	2.14	4	oui
31. Responsabilité du lavage des planchers et des murs	.50	4	oui
32. Responsabilité de la préparation des repas	2.39	4	oui
33. Responsabilité de l'épicerie	6.93	4	oui
34. Aide apportée par les enfants	3.95	3	non
35. Aide apportée par les parents	3.55	3	non
36. Aide apportée par les amis	6.08	5	non
37. Aide apportée par les bénévoles	5.89	3	non
38. Disponibilité d'un non-résident en cas d'urgence	1.07	2	non
39. Disponibilité d'un voisin en cas d'urgence	2.57	3	non
40. Disponibilité d'un résident en cas d'urgence	3.89	2	oui
41. Type de cohabitation préféré	.00	0	oui
42. Demande d'hébergement	.00	0	oui
43. Désire habiter en conciergerie pour personnes âgées	11.48	4	oui
44. Désire habiter en centre d'accueil	6.12	3	non

le temps. Donc les différents types de programmes à domicile n'ont pas d'effet spécifique sur les désirs d'hébergement. Pourtant, les moyens à leur disposition étaient fort différents, à la mesure de leurs orientations fondamentales: strictement médicale dans un cas, socio-médicale dans les deux autres. Même si les différences entre les échantillons de population totale et les clientèles sont peu importantes quant aux désirs d'hébergement, reste que les programmes socio-médicaux conformes à la politique du MAS ne sont pas plus efficaces que le programme médical. Enfin, quoique la clientèle du PSMa soit celle qui a reçu le plus de services pendant une période de six mois, elle est aussi celle qui exprime le plus fréquemment le désir de quitter son domicile. Cette clientèle est aussi la plus affectée par la maladie parmi les clientèles des trois programmes. La difficulté des programmes de SSD d'atteindre le but de maintien à domicile est aussi mis en évidence par l'étude des cas manquants au moment du deuxième interview: les personnes qui sont introuvables sont aussi celles qui expriment le plus fréquemment des désirs d'hébergement et celles dont le profil correspond au portrait type du client des services et soins à domicile dépeint dans l'énoncé de politique ministérielle: malade, seul et en perte d'autonomie.

Les programmes socio-médicaux ne fonctionnent pas selon les principes établis par la politique ministérielle. Les besoins multiples des personnes âgées ont été parmi les raisons majeures du regroupement des soins infirmiers et des services d'aide ménager à domicile au sein d'établissements uniques. Mais les soins et services donnés aux clients sont restés spécialisés et à court terme dans chacun des cas examinés ici.

Peu de clients reçoivent des services multiples à l'entrée au programme et cette situation ne varie pratiquement pas pendant la période d'observation de six mois. Un seul programme offre à une partie de sa clientèle des services qui s'étendent sur une période de plus de 12 semaines. L'objectif des programmes de SSD de prévenir l'institutionnalisation, tel qu'énoncé par le MAS n'a de validité que dans le contexte des modalités ministérielles de fonctionnement des programmes. Dans quelle mesure est-ce que des programmes reflétant la politique ministérielle d'intégration des services auraient pu en atteindre les objectifs? Cette question demeurera sans réponse. Mais les observations suscitent deux autres questions: 1) dans quelle mesure est-ce que des services et soins à domicile coordonnés par une équipe multidisciplinaire sont nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées? Et 2) dans quelle mesure est-il réaliste de s'attendre à ce qu'une telle équipe fonctionne de façon coordonnée et multidisciplinaire? Brunet (1978) a montré comment les équipes multidisciplinaires dans les CLSC se dissolvent dans les pratiques spécialisées des professionnels.

La sélection d'une clientèle qui ne correspond pas aux caractéristiques décrites par la politique ministérielle est une autre raison qui peut expliquer les difficultés des SSD face à l'objectif de prévenir et de modifier l'expression de désirs d'hébergement. 28,3% de la clientèle du PSMb est exposée à un facteur de risque; celle qui vit seule compte pour 23,0%. Les personnes qui sont à la fois seules et souffrent de maladies chroniques ou sont incapables d'accomplir une tâche ménagère forment de 6,1% à 7,7% des échantillons de population. Les clientèles comptent seulement de 9,1% à 22,2% de personnes vivant une telle situa-

tion. Les personnes qui sont à la fois malades et qui sont incapables d'accomplir une tâche ménagère forment 44.4% de la clientèle du PSMa à l'admission, 18,2% du PM et 9,7% du PSMb. Pourtant ces clientèles étaient désignées prioritaires par la politique ministérielle. Enfin, la clientèle du PM voit sa santé se détériorer plus fréquemment que celle des deux autres programmes.

Comparées aux populations qui partagent des risques semblables, les clientèles dépendent plus de l'aide extérieure que de l'aide présente à l'intérieur du domicile. Ces résultats sont semblables à ceux de Branch et al (1981). D'autres travaux ont montré que seule l'aide disponible à l'intérieur même du domicile prévient l'hébergement (Béland 1981). Les clientèles présentent donc certaines caractéristiques qui peuvent justifier l'intervention d'agents gouvernementaux au domicile. Ces services pourraient jouer un rôle dans le réseau de support des clients, mais un élément fondamental manque, impossible à combler par des services qui par définition proviennent de l'extérieur du domicile.

7. Conclusion: Une nouvelle clientèle.

Les services et soins à domicile doivent être évalués en fonction de leur philosophie d'action (Shapiro 1979). Au Québec, cette philosophie est définie par la politique du MAS. Parmi les thèmes de cette politique, la prévention de l'institutionnalisation, l'amélioration ou le maintien de la santé, de la fonctionnalité physique et du bien-être psychologique, la capacité des SSD de mobiliser l'environnement social des clients, les caractéristiques spécifiques des clientèles et le rythme

des services offerts ont été choisis pour guider la démarche d'évaluation. Si les SSD se montrent incapables de prévenir l'institutionnalisation, l'évolution de l'état subjectif de la santé et de la fonctionnalité physique des clients dans les domaines de base apparaît liée à leur état de santé à l'admission plutôt qu'à la nature des services rendus. La clientèle du PM déclare plus de maladies chroniques au Temps 2 qu'au Temps 1, tandis que diminue sa fonctionnalité physique dans les activités d'entretien de l'environnement immédiat. Le bien-être psychologique n'évolue pratiquement pas. Les programmes à composantes sociales ne se montrent pas plus efficaces que celui à composantes médicales pour mobiliser la famille et la communauté de leur client. Enfin, les services offerts sont parcimonieux, spécialisés et à court terme. Les services à long terme ne sont pas distribués de façon intensive, sauf par le PSMa où une partie de la clientèle bénéficie de soins ou de services réguliers et fréquents.

L'absence d'effets des SSD sur différentes dimensions étudiées ici pourrait être due au rythme des services offerts plutôt qu'à la nature même des services et soins à domicile. Mais Wartski et al (1971) et Weissert et al (1980) ont tous deux montré que l'intensité des services n'explique pas l'état de santé ou de fonctionnalité physique.

En fait, les services et soins à domicile ne sont peut-être pas des alternatives à l'institutionnalisation. Certains des services mis sur pied pour accueillir une clientèle désinstitutionnalisée recrutent une clientèle nouvelle, non desservie jusqu'alors, tandis que la clientèle-cible est à peine rejointe (Kane et Kane 1980). Pour leur part, les SSD recruteraient une clientèle qui de toute façon n'aurait jamais été institutionnalisée (Weissert et al 1980). Cette même obser-

vation semble valoir pour les services et soins à domicile post-hospitaliers classiques (Gerson et Hugues 1976). Nous avons vu qu'ici, la clientèle qui à l'admission désire être institutionnalisée et qui ne peut être rejointe au deuxième interview est malade et souffre d'incapacités fonctionnelles. On pourrait donc émettre l'hypothèse que les personnes qui désirent l'hébergement pour des motifs acceptés par les établissements du réseau des Affaires sociales au Québec sont effectivement hébergées, nonobstant les services et soins à domicile qui leur ont été offerts. Les SSD ne seraient donc pas des services substitutifs, mais des services qui ont recruté une clientèle propre, qui s'est ajoutée à celle déjà desservie avant leur implantation par d'autres établissements du réseau des Affaires sociales du Québec.

8. Orientations générales

Il y a lieu d'apporter certains ajustements à l'actuelle politique de maintien à domicile à l'égard des personnes âgées. Le ministère des Affaires sociales du Québec a attribué aux services et soins à domicile des fonctions trop vastes. La politique de maintien à domicile repose essentiellement sur eux. Le caractère global d'une fonction tel le maintien à domicile concerne un système de soins prolongés plutôt qu'un seul programme. Les buts d'un programme doivent être précis et opérationnels, intégrés à un ensemble de ressources qui sont planifiées pour atteindre un objectif général commun. La dimension des objectifs doit être conforme à la dimension de l'action envisagée et des moyens disponibles. Les services et soins à domicile sont une partie d'un

ensemble, leurs buts et activités doivent être planifiés en fonction de leur place dans cet ensemble et de leur capacité réelle d'action.

Quatre rôles qui génèrent des activités en continuité avec celles que les SSD accomplissent déjà peuvent être définis. Les résultats de l'analyse de trois clientèles de personnes âgées et l'identification des facteurs qui expliquent les désirs de quitter le domicile dans trois échantillons de personnes âgées habitant les territoires desservis par les trois programmes étudiés (Béland 1982), montrent que les SSD ne peuvent espérer maintenir à domicile la clientèle visée par le programme du ministère des Affaires sociales. Il est nécessaire de définir, à l'intérieur de la catégorie générale des personnes âgées de 65 ans et plus, des catégories spécifiques de personnes et le rôle du programme de SSD auprès d'elles. Il faut donc retenir que les personnes âgées ne constituent pas une clientèle, une minorité d'entre elles seulement nécessitent une intervention.

Les quatre rôles sont:

1) Distribuer des services de support à la vie quotidienne et de soins infirmiers aux personnes âgées qui souffrent d'incapacités fonctionnelles et qui ne peuvent se déplacer pour les recevoir. Ces personnes doivent préférablement vivre dans un milieu social et physique adéquat, sinon l'aide fournie risque d'avoir peu d'effet sur l'amélioration de leur autonomie et leur maintien dans leur environnement naturel.

2) Aider par l'éducation, le support direct et les soins, l'entourage de la personne âgée qui est affectée d'une incapacité fonctionnelle.

3) Intervenir dans les cas d'urgence et les situations de crise pour de courtes périodes auprès de personnes âgées et de leurs proches avec un support intensif. Il comprend l'entretien du logement, la préparation de tous les repas, la surveillance médicale, enfin l'ensemble des services habituellement distribués par les SSD.

4) Intervenir auprès des personnes âgées vivant dans des situations marginales: alcoolisme, abandon de la famille, logement négligé et malpropre, etc. Les SSD se situent alors en continuité avec le travail qu'accomplissent les services sociaux dans des cas semblables. Les personnes ici visées sont dans une situation plus difficile en fonction de leurs incapacités fonctionnelles.

Il serait opportun de réviser les critères d'admission aux SSD pour les rendre conformes aux buts poursuivis à l'égard de chacune des clientèles, en respectant dans chaque cas le rôle des autres ressources non-institutionnelles. Pour opérationaliser cet ajustement de l'action des diverses ressources, il est nécessaire de prévoir l'utilisation d'un outil d'évaluation uniformisé des besoins des requérants, un mécanisme intégré d'orientation du bénéficiaire vers la ressource la plus appropriée et l'instauration de mécanismes de suivi des clients. De telles mesures permettraient de réduire le morcellement des services offerts et d'assurer que la durée du service est conforme aux besoins du bénéficiaire et de son milieu, en respectant la capacité des SSD d'y répondre efficacement.

BIBLIOGRAPHIE

A.T. Adams et M.B. Tolhurst (1969), "The care of patients with long-term illness after their discharge from hospital", The Medical Journal of Australia, 2: 806-809.

AHPQ (1967), Conférences prononcées à la session d'étude consacrée aux services coordonnés de soins à domicile, Québec, Association des hôpitaux de la Province de Québec.

D. Barry (1975), "How to keep the elderly at home" Modern Healthcare, avril: 29-32.

N.M. Beattie (1976), "Aging and the social services", in R.H. Binstock et E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 619-642.

B.D. Bell (1973), "The family life cycle, primary relationships, and social participation patterns", The Gerontologist, 13: 78-81.

F. Béland (1980), Méthodologie pour l'évaluation de programmes socio-sanitaires: le cas des services à domicile pour personnes âgées, Québec, Laboratoire de recherches sociologiques, cahier 15, Université Laval.

F. Béland (1981), "L'aide aux personnes âgées, leurs incapacités fonctionnelles et leurs désirs d'hébergement: les résultats d'une étude empirique", in C. Tilquin, "Systems Science in Health Care, Tome II, Toronto, Pergamon, pp. 1263-1277.

R.L. Berg, F.E. Browning, J.G. Hill et W. Wenkert (1970), "Assessing the health care needs of the aged", Health Services Research, 5.

M. Besner (1969), "L'hôpital se fait maternel", L'infirmière canadienne, mars: 20-23.

Y. Bishop, S. Fienberg, P. Holland (1975). Discrete Multivariate Analysis, Boston, M.I.T.

R. Bodenheim - Parris (1974) "Physical Therapy and the geriatric patient in the community", Physical Therapy, 54: 18-19.

P.W. Brickner et al (1975), "The home bound aged", Annals of Internal Medicine, 82: 1-6.

C.G. Branch, J.J. Callahan, A.M. Jette, "Tarteging home care services to vulnerable elders: Massachusetts' home care corporations", Home Health Care Services Quarterly, 2: 41-59.

M. Brunet (1978), "Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type: l'équipe multidisciplinaire de santé". Recherches sociographiques, 19: 261-269.

S. Cang et F. Clarke (1978), "Home care of the sick; an emerging general analysis based on scheme in France", Community Health, 9: 167-172.

N.L. Chappel et M.H. Penning (1979), "The trend away from institutionalization: Humanism or economic efficiency?" Research on Aging, 1: 361-387.

N. Doherty, J. Segal et B. Hicks (1978), "Alternative to institutionalization for the aged: viability and cost effectiveness", Aged Care and Services Review, 1: 1-16.

L.W. Gerson et O.P. Hughes (1976). "A comparative study of the economics of home care", International Journal of Health Services, 6: 543-555.

L.A. Goodman (1968) "The analysis of cross-classified data: Independance, quasi-independance, and interactions in contingency Tables with or without missing entries", Journal of the American Statistical Association, 63: 1071-1131.

J. Haberman (1978), Analysis of Qualitative Data, Vol. 1, New York, Academic Press.

J.G. Hill et al (1968), Health Care of the Aged Study, part I, Rochester, University of Rochester.

B. Isaacs et Y. Neville (1976), "The needs of old people, the "intervals" as a method of measurement", British Journal of Prev. and Soc. Med., 30: 79-85.

R.L. Kane et R.A. Kane (1980), "Long-Term care: can our society meet the needs of its elderly?" Annual Review of Public Health, 1: 227-253.

S. Katz, A.B. Ford, T.D. Downs, M. Adams et D.I. Rusby (1972), The Effects of Continued Care: A Study of Chronic Illness in the Home, Washington, DHEW.

M.D.E.A. (1976), Home Care: An Alternative to Institutionalization, Boston, Massachusetts, Dept. of Elder Affairs, National Technical Information Service.

MAS (1979), La politique des services à domicile, Québec, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.

MAS (1980), Pour mieux vieillir au Québec, Québec, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.

S.Y. Moriwaki (1973), "Self-disclosure, significant others and psychological well-being in old age", Journal of Health and Social Behavior, 14: 226-232.

R. Morris (1969), "Aging and the field of social work" in M.W. Riley, J.W. Riley et M.E. Johnson, Aging and Society, vol. III, Aging and the Profession, New York, Russell Sage Foundation: 18-54.

M. Neilson, M. Blenkner, M. Bloom, T. Downs, H. Beggs (1972). "Older persons after hospitalization: a controlled study of home aid service", American Journal of Public Health, 62: 1094-1101.

E. Shanas (1971), "Measuring the Home health needs of the aged in five counties", Journal of Gerontology, 26- 37-40.

E. Shapiro (1979). Home Care: A Comprehensive Overview, Ottawa, Health and Welfare

J.E. Stewart (1969), Home Health Care, St-Louis, Mosby

M. Susser (1969), Aging and the field of public health" in M.W. Riley, J.W. Riley et M.E. Johnson, Aging and Society, vol. II, Aging and the Professions, New York, Russell Sage Foundation: 44-160

M. Tolkoff-Rubin, S. Fisher, J. O'Brien et R. Rubin (1978), "Coordinated Home-Care: The Massachusetts General Hospital experience", Medical Care, 16: 453-464.

S.A. Wartski et D.S. Green (1971), "Evaluation in a home-care program", Medical Care, 9: 352-364.

W.G. Weissert, T.T.H. Wan, B.B. Levieratos, J. Pellegino (1980). "Cost-effectiveness of homemaker services for the chronically ill", Inquiry, 19: 320-243.

APPENDICE

1. Les comparaisons entre les clientèles et entre les clientèles et populations à risque.

Les deux types de comparaison ont utilisé la même technique statistique. L'un et l'autre cas impliquent l'utilisation de deux critères d'homogénéité, soit la population et la clientèle d'une part et chacun des territoires d'autre part. Si le premier critère est symbolisé par la lettre E, le second par la lettre T et chacune des variables des tableaux 2 et 6 par la lettre V, cinq modèles d'association entre les cirtères d'homogénéité E et T et les variables V peuvent être définies (Tableau A.1). Le premier modèle implique que les distributions des variables V sont identiques pour chacun des échantillons, le deuxième modèle suppose que les distributions des variables ne varient que selon les territoires, le troisième modèle implique qu'elles ne varient que selon les échantillons de population et de clientèles, tandis que les quatrième et cinquième modèles supposent qu'elles sont différentes pour chacun des échantillons.

Tableau A.1 Les cinq modèles:

Modèle 1	ET, V
Modèle 2	ET, VT
Modèle 3	ET, VE
Modèle 4	ET, VT, VE
Modèle 5	ETV

Les comparaisons entre les clientèles dépendent des caractéristiques de la population. Le modèle 1 prévoit que tous les échantillons se ressemblent; le modèle 2 assume que les clientèles d'une part et les populations d'autre part se ressemblent; selon le modèle 3, les clientèles ressemblent à leur population de base, tandis qu'au modèle 4 les différences entre clientèles sont proportionnelles aux différences entre populations. Seul le modèle 5 est conforme à une hypothèse de différence réelle entre clientèle à leur entrée aux différents programmes.

Les comparaisons entre les clientèles et les populations à risque utilisent les mêmes modèles. Mais les modèles 3, 4 et 5 prédisent tous des différences significatives entre clientèles et populations à risque, tandis que les deux premiers modèles indiquent une identité entre les deux groupes.

Pour chacune des variables des deux types de comparaison, les cinq modèles ont été estimés et les comparaisons des statistiques G^2 effectuées. Aux Tableaux 2 et 6, les statistiques G^2 et leur degré de liberté pour les modèles choisis, résultats de cette opération de comparaison, sont données.

2. L'analyse du changement.

L'analyse du changement suppose que deux phénomènes soient observés: 1) Le changement comme tel et 2) la stabilité. Essentiellement deux ordres d'hypothèses peuvent être émises: 1) celles concernant

l'importance du changement relativement à la stabilité qui exigent de considérer les rapports entre l'un et l'autre.

Ces deux types d'hypothèses peuvent être formalisés à l'aide de l'analyse log-linéaire des tableaux de contingence. Leur spécificité sera plus facile à saisir à l'aide d'un exemple. En ne prenant que les données du PSMa du Tableau A.2, il est aisé de comprendre que les individus qui ne changent pas de statut aux deux moments d'observation sont situés dans la diagonale principale, soit respectivement 21 individus qui ont des amis intimes aux Temps 1 et 2 et 37 individus qui n'ont pas d'amis intimes ni au Temps 1 ni au Temps 2. Par contre, respectivement 15 et 6 individus changent de statut. Le rapport de 15 à 6 ($15 \div 6 = 2.5$) est un indice de la direction du changement entre les deux moments d'observation. Ici 2.5 fois plus d'individus perdent un ami intime plutôt que d'en gagner. Par ailleurs, le rapport du changement à la stabilité peut s'établir en comparant les rapports des personnes qui changent à celles qui ne changent pas, pour chacun des statuts. Ainsi, 15/21 (= .714) et 6/37 (= .162) sont deux indices qui permettent de comprendre que les changements sont plus fréquents chez les individus qui ont des amis intimes que chez ceux qui n'en ont pas.

Tableau A.2 Evolution de la situation concernant les amis intimes (possède ou ne possède pas d'amis intimes).

	PSMa		PM		PSMb	
Temps 2	oui	non	oui	non	oui	non
Temps 1						
oui	21	15	5	13	12	11
non	6	37	5	47	7	36

Des hypothèses spécifiques à propos de la structure du changement et de ses rapports à la stabilité peuvent être formulées et vérifiées à l'aide de la statistique G^2, distribuée comme χ^2 (Bishop et al 1975).

Les données du PSMa du Tableau A.2 peuvent servir à illustrer les hypothèses pertinentes. Il y a deux façons de présenter les données. La première respecte la configuration originale des variables, la deuxième introduit le changement de façon explicite (Tableau A.3.) Puisque les tableaux de contingence peuvent donner lieu à une analyse proche de l'analyse de variance (Bishop et al 1975; Goodman 1968; Haberman 1978), chacun des deux tableaux peuvent être paramétrisés de la façon suivante:

Le tableau A.3a:

$$(1)\quad \ln f_{ij} = u + u_{1(i)} + u_{2(j)} + u_{12(ij)} \qquad (i,j = 1,2)$$

Le tableau A.3b:

$$(2)\quad \ln f_{ik} = u + u_{1(i)} + u_{2(k)} + u_{12(ik)} \qquad (i,k = 1,2)$$

On peut prouver que:

$$(3)\quad u_{12(ik)} = u_{2(j)}$$

Or $u_{12(ik)}$ est le paramètre qui décrit le rapport du changement à la stabilité. L'hypothèse qui suppose que $u_{12(ik)} = 0$ implique que le rapport des personnes qui changent par rapport à celles qui ne changent pas est équivalent pour toutes les catégories de départ (Bishop et al 1975).

Par ailleurs, Bishop et al (1975) ont prouvé que si $u_{1(i)} = u_{2(j)}$ (cf équation 1) alors que le premier indice est égal à l'unité, ce qui implique qu'autant d'individus changent dans les deux directions.

Nous cherchons non seulement à connaître la structure du changement dans divers programmes, mais surtout à savoir si elle est semblable dans chacun d'entre eux. Si le programme est symbolisé par la lettre p qui varie de 1 à 3, l'équation log-linéaire qui définit les rapports entre le Temps 1 (lettre i), le Temps 2 (lettre j) et le programme s'écrit:

$$(4) \quad \ln f_{pij} = u + u_{1(p)} + u_{2(i)} + u_{3(j)} + u_{12(pi)} + u_{13(pj)} + u_{23(ij)} + u_{123(pij)}.$$

Tableau A.3 Deux formes de configuration pour l'analyse du changement en employant des tableaux de contingence.

Configuration usuelle

Temps 1	Temps 2	
	oui	non
oui	21	15
non	6	37

Introduction de la variable changement (C)

Temps 1	Stabilité	Changement
oui	21	15
non	37	6

Un certain nombre d'hypothèses peuvent être écrites à propos de la structure de changement et de stabilité:

1) Les proportions d'individus qui changent d'un statut à l'autre sont proportionnelles entre les échantillons, d'où:

$$u_{12(pi)} = u_{13(pj)}$$

2) A la condition précédente s'ajoute le fait que le nombre d'individus qui changent de statut dans une direction ou une autre sont égaux dans chacun des échantillons, d'où:

$$u_{2(i)} = u_{3(j)}; \; u_{12(pi)} = u_{13(pj)}$$

3) Les proportions d'individus qui changent par rapport à ceux qui ne changent pas sont identiques dans chacun des échantillons, d'où:

$$u_{13(pj)} = u_{123(pij)} = 0$$

4) A la condition précédente s'ajoute le fait que les proportions d'individus qui changent par rapport à ceux qui ne changent pas sont identiques quelle que soit la situation de départ, d'où:

$$u_{3(j)} = u_{13(pj)} = u_{123(pij)} = 0$$

Il existe une hiérarchie entre les modèles 1 et 3 d'une part et 2 et 4 d'autre part qui permet de sélectionner le modèle approprié selon le degré de signification de la statistique G^2. De la même façon, la signification de l'égalité supplémentaire comprise dans les modèles 2 et 4 par rapport aux modèles 1 et 3 respectivement peut être vérifiée. Les statistiques des modèles résultants de ces opérations sont données au Tableau 4.

POOR

QUALITY

ORIGINAL